



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΕΓΚΥΟΥ

ΙΩΑΝΝΟΥ Π. ΡΑΥΤΟΠΟΥΛΟΥ
Καρδιολόγου

(Συνέχεια από το προηγούμενο)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΝ

ΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΙΝ

α) Ἐπὶ τῆς καρδιακῆς ἀνεπαρκειῆς κατὰ τὴν κύησιν.

Ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἐγκαθίσταται ἐπὶ ἐγκύου γυναικὸς ὅταν ἡ πάσχουσα καρδιά δὲν εἶναι εἰς θέσιν νὰ ἀνταποκριθῇ εἰς τὸν φυσιολογικὸν αἰμοδυναμικὸν φόρτον τῆς κυήσεως. Πέραν τούτου αἱ ὄργανικαὶ παθήσεις τῆς καρδίας ὀδηγοῦν εἰς καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν, διὰ τῶν αὐτῶν παθοφυσιολογικῶν μηχανισμῶν, ὅπως καὶ ἐπὶ μὴ ἐγκύων καρδιοπαθῶν.

Ὅσον ἀφορᾷ τὰ κλινικὰ συμπτώματα τῆς καρδιακῆς ἀνεπαρκειῆς, ταῦτα δὲν ἐπηρεάζονται οὐσιωδῶς ἀπὸ τὰς μεταβολὰς τῆς κυκλοφορίας τὰς προκαλουμένας ὑπὸ τῆς κυήσεως. Ἡ ὑπερκινητικὴ κατάσταση ἀποτελεῖ φυσιολογικὴν προσαρμογὴν τῆς κυκλοφορίας καὶ ὄχι πάθησιν.

Οὐδέποτε, ἐπομένως, ἐξελίσσεται αὕτη πρὸς καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν ἐὰν δὲν ὑπάρχῃ καρδιακὴ βλάβη (FRIEDBERG 1966, METCALFE καὶ VELAND 1966, GAYTON 1966).

Ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, ὡς ἀνεφέρθη ἤδη, ἐμφανίζεται κατὰ τὴν περίοδον τῆς μείζονος ἐπιβαρύνσεως τῆς κυκλοφορίας, ἦτοι μεταξὺ 28ης καὶ 36ης ἑβδομάδος τῆς κυήσεως ἢ εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετόν. Αἱ καρδιοπαθεῖς αἰτινες πρὸ τῆς κυήσεως δὲν παρουσιάζουν ἐνοχλήματα, ἔχουν

περισσότερας πιθανότητος νὰ ὑπερνηκίσουν τὸν φόρτον τῆς κυήσεως ἢ αἱ πάσχουσαι τῶν κατηγοριῶν III καὶ IV.

Τὸν συνδυασμὸν καρδιοπαθείας καὶ κυήσεως, ἐπηρεάζει ἐκτὸς τῆς ἀνατομικῆς βλάβης τῆς καρδίας, καὶ ἡ ἡλικία τῆς ἀρρώστου. Μετὰ τὸ 35ον ἔτος τῆς ἡλικίας ὁ κίνδυνος τῆς καρδιακῆς ἀνεπαρκειῆς εἶναι ἔτι μεγαλύτερος (EASTMAN καὶ HELLMAN 1961, FRIEDBERG 1966).

Ἡ συνηθεστέρα πάθησις ἢ προκαλοῦσα καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν εἰς τὰς ἐγκύους, ὡς γνωστόν, εἶναι ἡ στένωσις τῆς μιτροειδοῦς. Ἐντεῦθεν ἡ φυσιολογία τῆς καρδιακῆς ἀνεπεργείας εἶναι συνδεδεμένη πρὸς ταύτην.

Ἡ πρόγνωσις, ἐξ ἄλλου, τῆς στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἐπιφάνειαν τοῦ στομίου καὶ ἀπὸ τὴν κατάστασιν τῶν πνευμονικῶν ἀρτηριδίων. Ἡ σκληρυνσις, στένωσις καὶ ἀπόφραξις τῶν ἀρτηριδίων τούτων δημιουργοῦν, ὡς γνωστόν, τὴν πνευμονικὴν ὑπέρτασιν (WOOD, 1956).

Ὅταν ἡ πάσχουσα ἐκ στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς καθίσταται ἔγκυος, οἱ δύο ἀναφερθέντες παράγοντες, ἦτοι τὸ εἶδος τοῦ ἐστενωμένου στομίου καὶ ἡ ὑπαρξις ἢ ὄχι πνευμονικῆς ὑπερτάσεως, διαδραματίζουν τὸν κύριον ρόλον κατὰ τὴν ἐξέλιξιν τῆς κυήσεως. Εἰς αὐτὰς προστίθεται ἕνας εἰσέτι παράγων, τουτέστιν ἡ ἐπιβάρυνσις τῆς κυκλοφορίας ἐκ τῆς κυήσεως.

Ὁ ὄγκος τοῦ κυκλοφοροῦντος αἵματος διὰ τῶν πνευμόνων (ὅστις ἐπὶ φυσιολογικῆς κυήσεως εἶναι ηὔξημένος), δὲν δύναται νὰ ἀυξηθῇ ὅταν ὑπάρχῃ πνευμονικὴ ὑ-

πέρτασις (METCALFE και VELAND, 1966).

Αυτός είναι ο λόγος διὰ τὸν ὁποῖον ἀσθενεῖς τινες πάσχουσι ἐκ μιτροειδικῆς στενώσεως συνδυαζομένης μετὰ πνευμονικῆς ὑπερτάσεως, ἀναπτύσσουν ἐλαχίστην μόνον δύσπνοϊαν πρὸ τῆς κηΐσεως. Εὐθύς ὁμως ὡς καταστοῦν αὐταὶ ἔγκυοι, ἡ κατάστασις τῶν ἐπιδεινοῦται (BESTERMAN, 1964).

Κατὰ τὸν IONES (1959), ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἐπὶ συνυπάρξεως στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς καὶ κηΐσεως, ἐκδηλοῦται εἴτε ὡς δεξιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια εἴτε ὡς δξὺ πνευμονικὸν οἴδημα.

Ἡ δεξιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, ὡς προαναφέρθη, ἐμφανίζεται περὶ τὴν 36ην ἐβδομάδα τῆς κηΐσεως. Ἡ πρωϊμότερα ἐκδηλώσις τῆς ὑποδηλοῦται ὡς δεξιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια (Αὐγούστακις 1954, BESTERMAN, 1964).

Τὴν ἐπέλευσιν τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας ἐπὶ κηΐσεως διευκολύνουν, κατὰ τὸν BRANWELL (1959), ἡ δεξιὰ θρογγίτις καὶ ἡ ἀναιμία, ὡς ἐπιρραζούσαι ἀμέσως τὴν κυκλοφορίαν. Ἐπὶ πνευμονικῆς περτάσεως ἔτι μᾶλλον ἐπιβαρύνουν τὴν κατάστασιν τῆς ἀρρώστου αἱ πνευμονικαὶ λοιμώξεις.

Ἡ διάγνωσις τῆς δεξιᾶς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας κατὰ τὴν κηΐσιν δὲν παρουσιάζει δυσκολίας. Ἀπὸ ὅλα τὰ συμπτώματα, ἡ δύσπνοια τῆς ἐγκύου χρήζει προσεκτικῆς περαιτέρω ἀξιολογήσεως, δεδομένου ὅτι πολλακίς αὕτη ἀποτελεῖ τὴν πρῶτον ἐκδηλώσιν τῆς ρήξεως τῆς ἀντιρροπήσεως τῆς καρδιακῆς ἐπάρκειας. Ἡ δύσπνοια ἀφ' ἑτέρου, ἐμφανίζεται εἰς τὰ 60 ἕως 70% τῶν ὑγιῶν ἐγκύων.

Πρὸς διάκρισιν μεταξὺ ἀναμενομένης καὶ παθολογικῆς δυσπνοίας τῶν ἐγκύων οἱ GILBERT καὶ AUCHINCLOSS (1966) προτείνουν τὰ ἀκόλουθα:

Πρῶτον, ἡ ἀναμενομένη δύσπνοια ἐμφανίζεται ἔνωρις εἰς τὴν ἀρχὴν τῆς κηΐσεως, ἐνῶ ἡ παθολογικὴ τοιαύτη μετὰ τὸ δεῦτερον ἡμισυ αὐτῆς, διὰ τὴν φθάσῃ εἰς τὴν μεγίστην τῆς ἔντασιν περὶ τὸν 7ον μῆνα τῆς κηΐσεως.

Δεύτερον, αἱ ὑγιεῖς ἔγκυοι ἀναπαύονται καλῶς εἰς τὴν δοκιμασίαν κοπώσε-

ως, πράγμα δύσκολον διὰ τὰς καρδιοπαθεῖς. Κατὰ τὸν FRIEDBERG (1966), ἀξιόπιστος ἔνδειξις ἀρχομένης καρδιακῆς ἀνεπάρκειας εἶναι ἡ ἐπιμήκυνσις τοῦ χρόνου κυκλοφορίας, ἀδιαφόρως ἐὰν ἡ φλεβικὴ πίεσις εἶναι ἡ ὄχι ὑψηλὴ.

Τὸ δξὺ πνευμονικὸ οἴδημα εἶναι σπανιότερον τοῦ τῆς δεξιᾶς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Ἀπὸ ἀπόψεως προγνώσεως ὁμως εἶναι σοβαρώτερον, ἐφ' ὅσον ἐξ αὐτοῦ προκαλοῦνται οἱ περισσότεροι τῶν θανάτων τῶν καρδιοπαθῶν ἐγκύων (JONES 1959, DACK καὶ συνεργ. 1960, SZEKELY καὶ SNAITH 1961). Ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν δεξιὰν καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν, τὸ δξὺ πνευμονικὸν οἴδημα δὲν ἀποκλείεται ὅπως ἐμφανισθῇ ἐπὶ ἀρρώστων ἀνευ προηγουμένων ἐνοχλημάτων μετὰ φλεβοκομβικῶν ρυθμῶν. Ἐν τούτοις ἡ κολπικὴ μαρμαρυγὴ, καὶ δὴ ἡ μὴ ἐλεγχομένη κοιλιακὴ συχνότης, προκαλοῦν συχὰ δξὺ πνευμονικὸν οἴδημα ἐπὶ κηΐσεως. Ἦτοι λόγῳ τῆς ταχυαρρυθμίας, θραχύνεται ἡ διαστολὴ τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας, ἐπιτεινομένης οὕτω τῆς στάσεως εἰς τὸν ἀριστερὸν κόλπον (BURWELL καὶ METCALFE, 1960).

Τὸ δξὺ πνευμονικὸν οἴδημα, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἐκλύεται ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετόν, ὅτε, συνθλιβομένη τῆς μήτρας, εἰσέρχεται ἀποτόμως μεγάλη ποσότης αἵματος εἰς τὴν κυκλοφορίαν.

Αἱ λοιπαὶ ρευματικαὶ καρδιοπάθειαι (πλὴν τῆς στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς) σπανίως ἐξελισσονται εἰς καρδιακὴν ἀνεπάρκειαν. Ἐπὶ ἀνεπάρκειας τῆς μιτροειδοῦς ἀνεπάρκειας καὶ στενώσεως τῆς ἀορτῆς, ἡ διάτασις καὶ ὑπερτροφία τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας ὑφίστανται πρὸ τῆς κηΐσεως. Ἄλλωστε ἡ ἀριστερὰ κοιλία ἔχει μεγαλύτεραν ἐφεδρείαν ἢ ἡ δεξιὰ τοιαύτη. Ἐπὶ στενώσεως τῆς ἀορτῆς ὑφίσταται ὁ κίνδυνος τοῦ αἰφνιδίου θανάτου.

6) Αἱ διαταραχαὶ τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ.

Πλεῖστα διαταραχαὶ τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ εἶναι δυνατόν νὰ ἐμφανισθοῦν κατὰ τὴν κηΐσιν. Τὰ ἐξ αὐτῶν προβλήματα ἐ-

ξαρτώνται από την σοβαρότητα της άρρυθμίας και από την κατάσταση του μυοκαρδίου.

Αί διαταραχές του ρυθμού αί όποια παρατηρούνται συχνότερον εις την καθ' ήμέραν πράξι, είναι:

Ἡ φλεβοκομική ταχυκαρδία. Αὕτη εἶναι σύνθετος εὗρημα ἐπὶ ὑγιῶν ἐγκύων, μὴ χρήζουσα ἰδιαίτερας μερίμνης, ἐφ' ὅσον ἡ καρδιακὴ συχνότης δὲν ὑπερβαίνει τοὺς 110 παλμούς, σταθερῶς. Ἡ ἐμφάνισις ἐπιμόνου φλεβοκομβικῆς ταχυκαρδίας, μετὰ τὸν τοκετὸν ἐνδέχεται νὰ ὀφείλεται εἰς ἐπιπλοκὴν τινὰ (αἰμορραγίαν, λοίμωξιν, ἔμβολην κ.ά.).

Ἡ φλεβοκομβικὴ θραδουκαρδία ἐμφανιζομένη κατὰ τὴν κύησιν ἀποδίδεται εἰς τὴν ἐπίδρασιν παρασυμπαθητικῶν ἀντανακλαστικῶν, τὰ ὁποῖα ἐξορμῶνται ἀπὸ τὴν μήτραν. Ἡ φλεβοκομβικὴ θραδουκαρδία τῆς λοχείας, ὀφείλεται εἰς τὴν λόγῳ συνθλίψεως τῆς μήτρας, εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετὸν, εἰσοδὸν μεγάλης ποσότητος αἵματος εἰς τὴν κυκλοφορίαν. Ὁ δεξιὸς κόλπος διατείνεται. Διαγείρονται τότε οἱ τασεοὑποδοχεῖς οἱ ὁποῖοι εὗρισκονται εἰς τὰ τοιχώματα τοῦ δεξιοῦ κόλπου, προκαλουμένης θραχυκαρδίας μέσω τοῦ πνευμονογαστρικοῦ.

Αἱ ἔκτακτοι συστολαί, κοιλιακαί, κομβικαί καὶ κοιλιακαί, ἴδια αἰ τελευταῖαι αὗται, παρουσιάζονται συχνά κατὰ τὴν κύησιν, χωρὶς νὰ ὀφείλωνται εἰς καρδιακὴν θλάθην. Πολυάριθμοι ἔκτακτοι κοιλιακαί συστολαὶ ἐκλύονται, ἐνίστε, εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετὸν λόγῳ τῆς διατάσεως τοῦ δεξιοῦ κόλπου (CUNNINGHAM, '66). Ἄλλὰ καὶ τὸ ἐξῆς περίεργον παρατηρεῖται: Αἰ πρὸ τῆς κυήσεως ὑπάρχουσαι ἔκτακτοι συστολαὶ νὰ ἐξαφανίζονται ἢ νὰ ἀραιοῦνται κατὰ τὴν κύησιν, νὰ ἐπανεμφανίζονται δὲ μετὰ τὸν τοκετὸν (BELLET, 1963).

Ἡ παροξυντικὴ κοιλιακὴ ταχυκαρδία εἶναι σχετικῶς συχνὴ διαταραχὴ τοῦ ρυθμοῦ κατὰ τὴν κύησιν ἢ τὸν τοκετὸν. Τὸ ἥμισυ καὶ πλέον τῶν περιπτώσεων τῆς ταχυκαρδίας ταύτης δὲν ὀφείλεται εἰς ὄργανικὴν νόσον τῆς καρδίας: Ἡ παλαιότερον διατυπωθεῖσα ἄ-

ποψις ὑπὸ τῶν SZEIKELY καὶ SNAITH (1953) περὶ ἰδιαίτερας σχέσεως μεταξὺ κυήσεως καὶ παροξυντικῆς ταχυκαρδίας δὲν εἶναι ὀρθή.

Ἡ μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων. Ἡ ὑπαρξίς τῆς ἄρρυθμίας ταύτης ἐπὶ ἐγκύου δέον νὰ ἀντιμετωπίζεται ὡς σοβαρὸν ἐπεισόδιον. (Ἰδία ὅταν πρόκειται περὶ ταχυρρυθμίας), δυνάμενον νὰ ὀδηγήσῃ, ὡς ἀνεφέρθη ἤδη, εἰς ἐμφάνισιν ὀξέος πνευμονικοῦ οἰδήματος.

Οὕτως ἐπὶ 550 περιπτώσεων ρευματικῶν καρδιοπαθειῶν συνδυαζομένων μετὰ κυήσεως τῶν SZEIKELY καὶ SAITH (1961), αἰ 50 παρουσιαζάντο κολπικὴν μαρμαρυγὴν. Ἐξ αὐτῶν αἰ 15 ἐπεπλάκησαν ὑπὸ ὀξέος πνευμονικοῦ οἰδήματος. Ἐκ τῶν τελευταίων τούτων περιπτώσεων, ἡ κολπικὴ μαρμαρυγὴ προὔπηρχε μόνον εἰς 3, ἐνῶ εἰς τὰς ὑπολοίπους 12 ἐνεφανίσθη κατὰ τὴν διάρκειαν ταύτης.

Ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή ἐπὶ τῶν ἀνωτέρω ἄρρυθμιῶν συμπίπτει πρὸς ἐκείνην τῶν μὴ ἐγκύων. Διὰ τὴν χρῆσιν τῆς κινιδίνης κατὰ τὴν κύησιν, ὁ BELLET (1963) ἔχει ἐνδοιασμούς, ὡς δυναμένης νὰ προκαλέσῃ πρόωρον τοκετὸν. Ἡ πλειονότης ὁμῶς τῶν συγγραφέων (MENDELSON 1956, FRIEDBERG 1966, METCALFE καὶ VELAND 1966) οὐδένα περιορισμὸν θέτει εἰς τὴν χρῆσιν τῆς κινιδίνης καὶ προκαϊναμίδης ἐπὶ κυήσεως.

Ὁ πλήρης κολποκοιλιακὸς ἀποκλεισμός, συγγενῆς ἢ ἐπίκτητος, εἶναι σπανία ἄρρυθμία τῆς κυήσεως (Κηλαηδόνης 1961, BALLET 1963). Προσφάτως οἱ SCHOENBRUN (1966) καὶ συνεργάται συνεκέντρωσαν 75 τοιαύτας περιπτώσεις ἐκ τῆς βιβλιογραφίας καὶ προσέθεσαν 2 ἰδικὰς τῶν.

Ἡ μεγάλη θραδυκαρδία δυνατὸν νὰ ἀποτελῇ τὴν μοναδικὴν κλινικὴν ἐκδήλωσιν τῆς ἀνωμαλίας, ἀλλὰ αἰ κρίσεις ADAMS — STOKES εἶναι φοβερά ἀπειλὴ διὰ τὴν μητέρα καὶ τὸ ἔμβρυον.

Ἐφ' ὅσον ὁ κολποκοιλιακὸς ἀποκλεισμός διαγιγνώσκεται διὰ πρώτην φοράν κατὰ τὴν κύησιν, εἶναι πολὺ πιθανὸν νὰ ὀφείλεται εἰς συγγενῆ αἰτία.

Ἐπὲρ τῆς ἀπόψεως ταύτης συνηγορεῖ τὸ νεαρὸν τῆς ἡλικίας τῆς ἀρρώστου καὶ ἡ

έλλειψις, εις τὸ ἱστορικὸν τῆς παθήσεως δυναμένων νὰ προκαλέσουν τὴν ἀρρυθμίαν ταύτην.

Ὁ συγγενὴς πλήρης κολποκοιλιακὸς ἀποκλεισμός ἀποτελεῖ συνήθως τὴν μοναδικὴν ἐκδήλωσιν τῆς συγγενοῦς θλάθης, σπανιώτερον δὲν εἶναι σύμπτωμα ἐτέρας θλάθης, καὶ δὴ μεσοκοιλιακῆς ἐπικοινωνίας (WOOD, 1956).

Αἱ κρίσεις ADAMS — STOKES εἶναι ἀρκετὰ σπάνια ἐπὶ τῆς μορφῆς ταύτης τοῦ κολποκοιλιακοῦ ἀποκλεισμοῦ (BEGG καὶ TNOMSON, 1962). Πρὸς ἀντιμετώπισιν τῆς ἀρρυθμίας ταύτης εἰς τὰς ἐγκύους ἐφαρμόζεται ἡ αὐτὴ θεραπευτικὴ ἀγωγή.

Οἱ SCHOENBRUM, ROWLAND καὶ QUIROZ (1966) εἰς δύο περιπτώσεις πλήρους κολποκοιλιακοῦ ἀποκλεισμοῦ εἰς ἐπιτόκους, ἐφήρμοσαν καθ' ὄλην τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ τεχνητὸν θηματοδότην. Ἀμφότεραι αἱ ἀσθενεῖς εἶχον παρουσιάσει κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ δευτέρου σταδίου, τοῦ προηγουμένου τοῦ τοκετοῦ, κρίσεις ADAMS - STOKES. Τὸ ἐνδοκαρδιακὸν ἠλεκτρόδιον θηματοδοτήσεως, συνδεόμενον πρὸς ἐξωτερικὸν θηματοδότην, εἰσήχθη μέχρι τῆς δεξιᾶς κοιλίας καὶ παρέμεινε μέχρι πέρατος τοῦ τοκετοῦ.

Ἡ καρδιακὴ στάσις (CARDIAC ARREST) ἔνεκα ἀσυστολίας τῶν κοιλιῶν ἢ κοιλιακῆς μαρμαρυγῆς, δύναται νὰ συμβῆ κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ. Ἡ ἐξαιρετικῶς σοβαρὰ αὕτη ἀρρυθμία εὐτυχῶς ἐμφανίζεται σπανίως ἐπὶ ἐγκύων. Ἐν τούτοις οἱ GOLD καὶ συνεργ. (1961) διεπίστωσαν, ὅτι ἐνῶ κατὰ τὰ ἔτη 1953 - 1958 ἡ καρδιακὴ στάσις εὐθύνετο διὰ 2,3ο τῶν μητρικῶν θανάτων, εἰς τὴν περιοχὴν τῆς Νέας Ὑόρκης, ἡ θνησιμότης ἐκ τῆς αἰτίας ταύτης ἀνῆλθεν εἰς 9,5ο, διὰ τὸ ἔτος 1959.

Ἡ διάγνωσις τῆς καρδιακῆς στάσεως θὰ στηριχθῆ εἰς τὴν ἀπότομον ἀπώλειαν τῆς συνειδήσεως, τὴν ἔλλειψιν σφυγμοῦ, τὴν ἄπνοιαν καὶ τὴν μυδρίασιν. Ἀπὸ τὸν αἰφνίδιον θάνατον διακρίνεται ἡ καρδιακὴ στάσις διότι ἐμφανίζεται αὕτη κατὰ τὴν διάρκειαν ἀναισθησίας, χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων, κ.λπ. Εἰδικώτερον εἰς τὴν Μαιευτικὴν, ἡ καρδιακὴ στάσις συμβαίνει ἐπὶ παρατάσεως τοῦ τοκετοῦ, ἀπωλείας με-

γάλης ποσότητος αἵματος μετὰ χορήγησιν ἡρεμιστικῶν φαρμάκων πρὸ τοῦ τοκετοῦ, κ.ἄ. (GOLD καὶ συνεργ. 1951, BELLET 1963). Ἐνδέχεται ὅμως νὰ ἐπέλθῃ καρδιακὴ στάσις εἰς περιπτώσεις εἰς τὰς ὁποίας ἐγένετο περιωρισμένος χειρισμός κατὰ τὸν τοκετόν.

γ) ΣΥΝΕΧΙΣΙΣ ἢ ΔΙΑΚΟΠῆ Τῆς ΚΥΨΕΩΣ ;

Ἡ κύψις εἰς τὴν πάσχουσαν ἐκ καρδιακῆς νόσου, ὡς ἀνεφέρθη ἤδη, θὰ ἐπιτραπῆ μόνον μετὰ προσεκτικὴν ἐκτίμησιν τῆς καταστάσεως τῆς καρδίας. Τόσον ὁ Μαιευτὴρ ὅσον καὶ ὁ Καρδιολόγος, πρέπει νὰ εἶναι θέθαιοι, ὅτι θὰ ἐλέγχουν τὴν κύψιν ταύτην ἔναντι ἐνδεχομένων ἐπιπλοκῶν. Ἡ ἀθεβαιότης ἐν τούτοις θὰ ὑπάρχῃ μέχρι πέρατος τῆς ἐγκυμοσύνης. Οὐδὲν ἀποκλείει τὴν δυσμενῆ ἐξέλιξιν τῆς κυήσεως ἐπὶ καρδιοπαθοῦς, ἔστω καὶ ἐὰν αὕτη ἤρχισεν ὑπὸ τὰς καλλιτέρας προϋποθέσεις.

Εὐθύς ἐξ ἀρχῆς αἱ θαρῶς πάσχουσαι, ἤτοι ἐκεῖναι τῆς κατηγορίας IV, θὰ διαχωρισθοῦν. Εἰς τὰς καρδιοπαθεῖς αὐτὰς ἀπαγορεύεται ἡ κύψις. Τουναντίον εἰς τὰς ἀρρώστους αἱ ὁποῖαι ἀνήκουν εἰς τὰς κατηγορίας I καὶ II θὰ ἐπιτραπῆ ἡ κύψις, ἐνῶ χρειάζεται ἐπιφυλακτικότης δι' ἐκεῖνας τῆς κατηγορίας III.

Τὰ τελευταῖα ἔτη χάρις εἰς τὴν προσεκτικὴν ἐπιλογὴν τῶν καρδιοπαθῶν, μόνον εἰς περιωρισμένον ἀριθμὸν περιπτώσεων τίθεται ἔνδειξις θεραπευτικῆς διακοπῆς τῆς κυήσεως.

Ἡ πρόσφατος καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, ἡ ὀλίγον πρὸ τῆς ἐγκυμοσύνης ἢ εἰς τὰς ἀρχὰς αὐτῆς ἐπελθοῦσα ἔστω καὶ ἐὰν ἀνετάχθη, ἐπιβάλλει τὴν ἔκτρωσιν. Τὸ ἴδιον μέτρον θὰ ἐφαρμοσθῆ καὶ περὶ τοῦ ὀξέος πνευμονικοῦ οἰδήματος. Ἄλλως καθ' ὅλην τὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως, θὰ ὑπάρχῃ κίνδυνος ὑποτροπῆς τῶν.

Δυσμενῆς ἐξέλιξις τῆς καρδιακῆς παθήσεως δὲν ἀναμένεται ἐπίσης ἐπὶ πολυθαλασσοειδῶν ρευματικῶν παθήσεων. Ἐπίσης ἔνδειξιν διακοπῆς ἀποτελοῦν αἱ θαρεῖαι ἀορτικαὶ θλάθαι, διότι ἐκτὸς τῶν ἄλλων κινδύνων τοὺς ὁποίους περικλείουν, εἶναι ἐνδεχόμενον νὰ ἀπαιτήσουν ἀντικατάστα-

σιν θαλθίδος διαρκούσης τής κήσεως.

Αί πάσχουσαι έκ στενώσεως τής μιτροειδοϋς και ύποβληθείσαι δις εις θαλθιδοτομήν λόγω ύποτροπής τής νόσου, είναι προτιμότερον νά άποφεύγουν τήν κήσιν.

Ή συνύπαρξις καρδιοπαθείας και παθήσεων τών νεφρών ή τών πνευμόνων, έστω και έάν ή καρδιοπαθής άνήκη εις τήν κατηγορίαν Ι, άπαιτεί τήν διακοπήν τής κήσεως.

Τά έκ του ρευματικού πυρετου πρόβληματα, συμφώνως πρός τάς σήμερον κρατούσας άντιλήψεις, δέν φθάνουν μέχρι σκέψεως διακοπής τής κήσεως. Ώς γνωστόν, ό κίνδυνος ύποτροπής του ρευματικού πυρετου μειούται θαθμιαώς μετά τó 21ον έτος τής ηλικίας. Ή επί πλέον έχει άποδειχθή ότι ή κήσις ουδόλως έπηρεάζει τήν ρευματικήν δραστηριότητα (GERBIE και SKOM, 1961).

Ή θακτηριακή ένδοκαρδίτις, έκδηλουμένη εις τάς αρχάς τής κήσεως, επιβάλλει τήν διακοπήν ταύτης. "Άλλως, ώς ήδη άνεγράφη εις τήν εισαγωγήν, έκτός του κινδύνου τής έκτρώσεως άπειλείται και αύτή ή ζωή τής καρδιοπαθοϋς έγκύου.

Τελικώς έφ' όσον άπεφασίσθη διά θεραπευτικούς καθαρώς σκοπούς ή διακοπή τής κήσεως τής καρδιοπαθοϋς, αύτη δέον όπως λάθη χώραν έγκαίρως, τó άργότερον μέχρι τής 14ης έβδομάδος. Μετά τó δεύτερον τρίμηνον, ή διακοπή γινομένη διά λαπαροτομίας είναι λίαν επικίνδυνος (αίμορραγία, μόλυνσις, έμβολή, κ.ά.).

Εις τήν λήψιν άποφάσεως περί τής διακοπής τής κήσεως επί καρδιοπαθοϋς, άρκετοί συμπληρωματικοί παράγοντες λαμβάνονται σοβαρώς ύπ' όψιν. Μεταξύ αυτών σημαντικήν επίδρασιν έχει ή ηλικία τής άρρώστου. Πέραν του 35ου έτους, ή καρδιοπαθής είναι προτιμότερον νά άποφεύγη τήν κήσιν. Τήν άπόφασιν έπηρεάζουν άκόμη ή ύπαρξις ένός ή περισσοτέρων τέκνων, ώς και οι κοινωνικοί, οικονομικοί και θρησκευτικοί παράγοντες.

Ήπειδή ένδέχεται μετά τήν εκτέλεσιν τής διακοπής νά αναπτυχθή καρδιακή ανεπάρκεια οι METCALFE και VELAND (1966) συνιστοϋν όπως αναβάλλεσι: ή επέμβασις όταν ύπάρχουν ένδείξεις προοιωνίζουσαι τήν τοιαύτην επιπλοκήν.

(ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ)

ΣΕΡΒΙΕΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

B I N G O

ΔΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

Μ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

Σικίνου 57 Τηλέφ. 8619-195